

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 67

LE TRACHOME

A LYON

Sa fréquence et sa répartition géographique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROBERT BOURGEON

né à Saint-Vallerin, par Buxy (Saône-et-Loire), le 23 Janvier 1886.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1912

Le Trachome à Lyon



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546723_0004

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 67

LE TRACHOME

A LYON

Sa fréquence et sa répartition géographique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

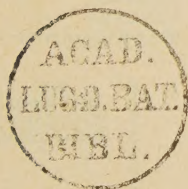
et soutenue publiquement le 6 Janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROBERT BOURGEON

né à Saint-Vallerin, par Buxy (Saône-et-Loire), le 23 Janvier 1886.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		X.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		X.
Médecine légale		PIAVOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURQUAND	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LÉSIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARGET BRETIN LERICHE THEVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; VALLAS, assesseur ; GAYET et LÉSIEUR, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail,
faible gage de ma profonde
affection et de mon infinie
reconnaissance.

A MON FRÈRE MAURICE

A MON FRÈRE HENRI

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROLLET

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de notre scolarité médicale, une pensée nous domine. Elle est faite de souvenir et de reconnaissance envers tous nos maîtres de cette Faculté, auprès desquels nous avons toujours trouvé, non seulement les enseignements cliniques les plus élevés, mais encore les meilleures marques de bienveillance et de dévouement.

Monsieur le Professeur agrégé Voron nous a toujours accueilli avec amabilité ; il nous donna pendant ces quelques années d'études de nombreuses marques de sympathie. Qu'il nous permette de l'assurer de notre profonde et sincère reconnaissance.

C'est à M. le Professeur Rollet que nous devons le sujet de notre thèse. Il fut toujours pour nous un maître bienveillant, ne nous ménageant ni ses instants, ni ses conseils. Qu'il nous laisse lui dire notre

vive admiration et l'assurer de notre respectueux souvenir.

A tous nos amis, camarades d'études ou de plaisir, dont nous pûmes apprécier la franchise, meilleurs vœux de réussite.

INTRODUCTION

Pendant nos années d'études, nous eûmes l'occasion de voir quelques cas de trachome à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu et chaque fois notre maître, le Professeur Rollet, attira notre attention sur ce point.

Au terme de nos études médicales, indécis sur le sujet qui devait en être le couronnement, il voulut bien nous confier l'idée de ce travail.

Nous y avons apporté tous nos soins ; le problème éminemment social qu'est la conjonctivité granuleuse a déjà, maintes fois, été traité et, à défaut d'originalité, nous croyons avoir fait œuvre utile en montrant clairement, par des preuves irréfutables, la régression constante de l'affection dans une région qui nous intéresse particulièrement.

Nous avons cru de notre devoir de donner un aperçu rapide de ce qu'est le trachome, de son histoire, des différentes épidémies qui ravagèrent l'Europe à di-

verses reprises, de sa répartition actuelle dans le monde.

Nous avons essayé de nous inspirer pour notre chapitre sur le trachome en France, des dernières statistiques parues sur ce sujet.

Notre chapitre sur l'ophtalmie granuleuse à Lyon a été facilité par le parallèle qu'il nous a été possible de faire avec les statistiques des Docteurs Fougerousse et Ferré et la nôtre.

Puisse, notre travail, rendre quelque jour, le même service dans d'analogues circonstances !

CHAPITRE I

Notions sur la Symptomatologie et la Bactériologie de l'Ophtalmie Granuleuse

La conjonctivité granuleuse ou trachome est une affection le plus souvent bilatérale, contagieuse, chronique, de nature vraisemblablement microbienne, caractérisée par une inflammation du tissu lymphoïde de la muqueuse oculaire, aboutissant à la production de nodules néoplasiques qui sont les granulations et d'altérations multiples de la cornée et des paupières.

La lésion anatomique typique est constituée par la granulation, sorte de papille arrondie, de un à deux millimètres, grise, translucide, comparable à du frai

de grenouille, siégeant en séries, pressées les unes à côté des autres, principalement à la paupière supérieure, en haut du cartilage tarse et au fond du cul-de-sac.

Histologiquement, la granulation ne présente pas d'élément spécifique ; elle possède à ses débuts une structure analogue à celle de la granulation tuberculeuse. C'est, d'après Roehlmann, un nodule néoplasique, formé par un amas de cellules à gros noyaux et quelques fibres connectives, le tout recouvert par de l'épithélium et à la longue par une véritable capsule conjonctive.

A côté de la granulation, on trouve des lésions concomitantes ; ce sont des saillies papillaires qui existent d'ailleurs dans tout processus conjonctival de longue durée, ou encore c'est une infiltration lymphatique étendue à toute la muqueuse.

Stellwag donne à cette forme le nom de trachome diffus gélatineux.

Parmi les cellules lymphatiques agglomérées sous forme de granulations, ou disséminées dans la muqueuse, on pourra alors observer une différenciation ; alors que les unes se résorbent, les autres aboutissent à l'organisation fibroïde ou à l'ulcération et à la cicatrice rétractile. Il en résultera un raccourcissement de la muqueuse, par suite un recroquevillement et une incurvation du tarse déformé et épaissi.

La cornée est le siège de phénomènes anatomo-pathologiques identiques, aboutissant à la formation du pannus ou kératite vasculaire. Le contact incessant de la paupière supérieure avec la région limbique

explique facilement la propagation de cette infection, favorisée par l'extrême richesse des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la conjonctive.

Au point de vue clinique, deux variétés ont été décrites, l'une aiguë, l'autre chronique, toutes deux d'ailleurs également contagieuses. Au début, on peut observer des phénomènes d'inflammation catharrale ou purulente, mais il est plus fréquent de voir cette affection s'installer insidieusement et demander à être cherchée. Les malades accusent de la gêne, la sensation de graviers, une insignifiante sécrétion conjonctivale nocturne, du larmolement, de la photophobie, parfois même un léger ptosis.

A l'examen du malade placé face au jour, on peut voir au niveau du cul-de-sac supérieur des corpuscules vésiculeux, blancs grisâtres, de 0 mm. 5 à 2 mm., se détachant en blanc sur la muqueuse infectée.

Peu à peu ces corpuscules augmentent, envahissent toute la conjonctive palpébrale, le repli semi lunaire et même les voies lacrymales. Leur coloration peut aller jusqu'au jaune ou rouge orangé.

Au niveau du tarse les granulations sont plus petites, translucides ou jaunâtres.

Quelquefois on observe d'autres saillies appartenant aux papilles normales de la muqueuse enflammée, donnant à celle-ci un aspect hérissé particulier et souvent dérobant à la vue les véritables granulations. D'autres fois la conjonctive ne présente pas de granulations, mais une véritable infiltration diffuse.

La sécrétion est peu importante dans la forme chronique ; en cas d'inflammation violente et aiguë,

elle est au contraire très marquée et on voit l'œil baigné dans un liquide muco-purulent presque aussi abondant que celui de l'ophtalmie blennorrhagique.

La complication la plus fâcheuse est la kératite vasculaire, accompagnée d'ulcères cornéens, assez fréquente chez les scrofuleux.

A l'examen à l'éclairage oblique, on voit la cornée vascularisée, terne, dépolie, présentant un ulcère serpiginieux. On peut même observer un abcès de la cornée, origine d'un staphylôme ou même un iritis à hypopyon.

Dans d'autres cas où l'épithélium cornéen n'a subi aucune altération, on peut voir à sa partie profonde de fins vaisseaux tortueux de néo-formation, donnant à la cornée une teinte gris rosée, puis des membranes s'organisent le long de ces vaisseaux, d'où production de cicatrices cornéennes profondes.

Du côté de la conjonctive, on a également des cicatrices après guérison. La muqueuse paraît atrophiée, le tarse diminué de hauteur est recroquevillé, retourné, donnant naissance à de l'entropion ; on note du trichiasis et de la diminution de largeur de la fente palpébrale. A la suite de la forme diffuse on peut observer aussi un état de sécheresse de la paupière qui constitue le xerosis, dû à l'atrophie de la muqueuse. La marche de l'affection est chronique mais entremêlée de périodes de rémission et d'exacerbation.

Tels sont rapidement décrits, les symptômes par lesquels se révèle la conjonctivité granuleuse. Il nous reste à dire quelques mots de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection.

Survenant d'une façon soudaine, sous forme d'épidémie capable d'atteindre toute une population, cette affection est donc bien certainement contagieuse, comme nous le prouvent les épidémies qui ravagèrent les troupes lacédémoniennes allant combattre Artaxercès en Perse, les troupes de Napoléon en Egypte ou celles plus récente des pupilles du « Suffren » à Brest.

Mais si la notion épidémiologique est manifeste au point de nous inciter à rechercher le microbe pathogène, il ressort, dès à présent, que d'autres conditions accessoires et pourtant très importantes interviennent ; ainsi les questions d'immunité de races, et d'altitude.

Certaines races paraissent présenter une immunité relative ; tels les Celtes et la race nègre. Prétendus autrefois indemnes du trachome, ils présentent bien, à la vérité, quelques cas sporadiques de conjonctivite granuleuse, mais cette affection semble chez ces derniers dénuée de virulence et disparaître rapidement. D'autres races, au contraire, présentent une grande réceptivité, tels les arabes et aussi la race juive, qui, soit en Algérie ou en Egypté, soit à Amsterdam ou à Paris, se fait remarquer dans les consultations hospitalières par l'abondance de ses malades.

Le trachome semble également ne pouvoir s'implanter à une altitude supérieure à quatre cents mètres et certains auteurs, Garabédian en particulier, préconisent un traitement analogue à celui de la tuberculose, par la cure d'altitude.

Ces diverses conditions adjuvantes écartées, nous devons rechercher brièvement le critérium de la nature contagieuse de l'ophtalmie granuleuse dans deux

ordres de faits : la découverte d'un microbe spécifique et la constatation de lésions trachomateuses à la suite des diverses épreuves bactériologiques ou biologiques.

La bactériologie du trachome n'a pas d'enfance, elle entre tout d'un coup, en 1881, en pleine évolution.

Hirschberg et Krause, en 1881, ont fait l'examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale dans le trachome ; ils trouvent des batonnets à la période aiguë, rien à la période chronique.

Satler, en 1883, au congrès d'Heidelberg expose le résultat de ses recherches. Le résidu d'une granulation trachomateuse exprimé sur la conjonctive d'un animal donne au septième jour un début de conjonctivite granuleuse. Il trouve également un microcoque arrondi, plus petit que la gonocoque, groupé à raison de quatre, fortement colorable par les méthodes ordinaires. Cultivé sur sérum gélatiné, ce microcoque permet après deux sélections successives d'obtenir une nouvelle affection trachomateuse.

Michel, en 1886, corrobore ces résultats obtenus par Satler.

Skongolowitch trouve au contraire de petits bacilles massués et Noiszenski trouve, à l'origine du trachome, des filaments mycéliens et des gonidies.

Depuis ces travaux de nombreuses publications ont été faites par Muttermilch, Poncet, Kouchersky, Pétersco, Schmidt et Cazalis.

Quant au bacille trouvé à la période aiguë par Muller, en 1897, analogue à celui de l'influenza, il semble n'avoir qu'une importance secondaire ; au cours de

recherches faites en Egypte, il n'aurait jamais été retrouvé.

M. Morax, dans un travail plus récent, a montré qu'il fallait faire table rase de toutes les publications antérieures et il établit nettement que le véritable microbe est encore à découvrir.

Après examen de sécrétions conjonctivales et de coupes de granulations dans dix-huit cas, il n'a jamais trouvé de microbe constant, même après coloration au bleu de Bonnel, à la thionine ou à la fuschine de Ziehl.

La culture sur milieux artificiels n'a pas été plus féconde en résultats : il n'a pu trouver que des bacilles massués ou des saprophytes normaux de la conjonctive.

Il conclut en disant qu'il n'a jamais retrouvé les bacilles fins de Muller et qu'à titre exceptionnel les microcoques de Satler et de Michel.

En 1907, parurent presque en même temps les publications de Prowazek et Halberstaedter et celle de Greeff sur des corpuscules qu'ils avaient découvert dans les cellules épithéliales des cas de trachome récents, les premiers à Java, le dernier en Allemagne.

Prowazek les considérait comme des parasites de nature protozoaire et leur donna le nom de « chlamydozoa », c'est-à-dire porteurs de tunique parce qu'ils étaient entourés d'une zone claire et bien distincte.

Sans oser attribuer à ces corpuscules la qualité d'agents infectieux du trachome, on peut néanmoins espérer les utiliser prochainement comme un nouveau moyen de diagnostic de cette maladie.

Il semble donc bien que la bactériologie n'a pas

encore résolu complètement le problème de la nature contagieuse du trachome que l'histoire et l'expérience clinique nous font admettre.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE

Les Granulations dans l'Ancien et le Nouveau Monde.

Dès la plus haute antiquité, l'ophtalmie granuleuse semble avoir exercé ses ravages sur l'humanité, et l'Egypte paraît avoir été le berceau de cette affection.

Déjà dans le papyrus d'Ebers, qui date de 2.500 ans avant Jésus-Christ, il est question d'une affection oculaire s'accompagnant de trichiasis et d'entropion et amenant la cécité.

Le Talmud indique également que les Juifs occupés à la construction des Pyramides étaient atteints d'une affection oculaire catarrhale de même nature.

En 450 avant J.-C., Hérodote et Hippocrate constatent de même le grand nombre d'affections oculaires en Egypte et la prédominance parmi celles-ci d'une maladie très grave, qu'ils désignent sous le nom d' « σφθελμια, » dont la traduction latine est *aspritudo*. Ils notent également la coïncidence des atteintes de dysenterie amœbienne et de trachôme.

Pendant l'expédition des Dix Mille, on put observer de nombreuses ophtalmies que Xenophon rapportait à l'éclat de la neige, mais qui semblent avoir été des ophtalmies granuleuses, puisqu'ensuite les Perses en furent également atteints. Enfin, après la conquête de l'Egypte par Cambyse, les Egyptiens vaincus répandirent le trachome en Perse, où ils avaient été amenés en esclavage en petit nombre.

Plus proches de notre époque sont les infections que les historiens, médecins, ou poètes romains décrivirent. Celse dans son traité de médecine écrit : *Non unquam etiam ex aspritudine lippitudo fit ; ipsam deinde aspritudinem auget et quæ vix unquam finitur.*

De même Ovide :

« *Dum spectant læsos oculi, læduntur et ipsi
Multaque corporibus transitione nocent* ».

« DE REMEDIO AMORIS. »

Trallianus ajoute en termes très précis :

Ophthalmiam ideo contagiosam esse, quia spiritus contaminati sunt, qui cum tangant oculos sanos, inficiunt ipsos ».

A cette époque, existaient d'ailleurs à Rome et dans toute l'Italie méridionale, de nombreux oculistes, s'occupant spécialement des soldats des légions (c'était leur titre officiel), et soignant également la population civile contaminée.

Mais l'ophtalmie granuleuse, après avoir suivi les armées romaines dans leurs expéditions, s'éteint peu à peu dès le début de l'ère chrétienne et ne réapparaît que momentanément lorsque Charlemagne a des rapports suivis avec Haroun-Al-Raschid et ses sujets égyptiens.

Trois siècles plus tard, elle revient néanmoins en Europe, lors des grands mouvements des peuples allant en Orient combattre les Infidèles, et qui rapportent à leur retour les germes de l'affection. Quoiqu'aucun des historiens de l'époque, pas même Joinville qui fit partie de l'expédition de Louis IX en Egypte, n'ait signalé l'existence du trachome, il est hors de doute que la fondation du célèbre établissement des Quinze-Vingt, doit être rapporté au grand nombre de cas de cécité observés chez les Croisés.

Cette dernière invasion suivit une marche décroissante pour arriver à s'éteindre, en Europe, et il nous faut remonter jusqu'au XVIII^e siècle pour retrouver ses traces et assister à une troisième invasion.

L'expédition de Napoléon en Egypte en a favorisé l'éclosion. L'armée qui fit cette campagne, composée de Belges, d'Italiens, de Français, rapporta avec elle la contagion et transmit l'affection à toute l'Europe, pendant l'Epopée Napoléonienne.

L'Italie souffrit le plus parmitous les pays d'Europe.

Apparue pour la première fois à Livourne, elle y fit

de grands progrès pour parcourir avec l'étendard français toutes les plaines européennes.

Autriche, Russie, Allemagne, Belgique, Hollande, Angleterre sont tour à tour infectées par cette maladie épidémique et sociale frappant, à ce moment surtout les armées, mais aussi l'élément civil.

De nombreux auteurs étudient le trachome et l'on trouve en quatre ans 25.000 soldats prussiens contaminés aux alentours de 1813 ; en Suède, au Danemark jusqu'en 1848, le cinquième de la population est atteint et en 1875 Ulick pourra retrouver encore un granuleux sur six marins.

Répartition actuelle du trachome. — Depuis cette époque, la maladie a beaucoup perdu de son importance pour arriver à ce qu'elle est de nos jours. Nous passerons rapidement en revue les différents pays soit d'Europe, soit d'Asie ou d'Amérique, produisant sur ce sujet les plus récentes statistiques.

En *Suisse*, le trachome paraît absent, à peine quelques cas chroniques chez les ouvriers polonais cultivant les marais desséchés du canton de Berne.

La *Belgique* a toujours été très éprouvée par l'ophtalmie granuleuse, qui comme dans les pays voisins, débuta d'abord par l'armée pour se répandre ensuite dans les différentes classes, surtout dans la classe ouvrière où elle y fit des ravages épouvantables.

Actuellement sa situation sanitaire, au point de vue trachome, semble s'être améliorée, avec cependant une proportion formidable dans certains centres.

Le D^r Chebret indique :

à Courtray	80 %	sur les maladies oculaires.
à Louvain	24 %	
à Bruxelles	8 %	
à Mons	5 %	

En *Hollande*, la proportion aussi reste élevée, avec une régression sensible ces dernières années ainsi que le montre la statistique du D^r Jita, faite sur 4.250 élèves des écoles d'Amsterdam :

en 1880	35,5 %.
en 1897	15,5 %.
en 1900	7,8 %.

En *Allemagne*, on trouve deux foyers intenses, le moins virulent allant du nord au sud, constitué par les pays limitrophes de la Belgique et des Pays-Bas : Hesse, Nassau, Westphalie et provinces rhénanes.

Le deuxième foyer est constitué par l'Est et l'Ouest de la Prusse.

En 1897, l'ophtalmie granuleuse fit de tels ravages dans l'ouest de la Prusse que le Gouvernement a alloué 350.000 marks pour la combattre, dont 100.000 marks pour le seul arrondissement d'Allenstein.

Solbrig, qui a étudié cette épidémie de 1899 à 1908, montre que ces dépenses n'ont pas été infructueuses puisque le nombre des cas a régulièrement diminué jusqu'en 1907, où on constata une recrudescence; l'école est encore le foyer le plus vif de l'infection.

On trouve actuellement en Prusse orientale une proportion de :

	13,4 ‰.
en Posnanie	13,5 ‰.
dans la Prusse occidentale	5,8 ‰.
en Silésie	de 2,2 à 8 ‰.
dans la province de Saxe	0,6 à 2,8 ‰.
en Poméranie	1,1 ‰.

En *Autriche-Hongrie*, cas également assez fréquents.

en Dalmatie, on trouve	8,4 ‰.
en Galicie	11 ‰.
en Bohême	4 ‰.

La *Hongrie* a quatre foyers bien distincts, le plus intense dans le nord des Karpathes hongroises avec 11,2 ‰.

La *Russie* participe par ses provinces polonaises et baltiques au grand foyer trachomateux de l'Europe du Nord : d'autre part, aux confins du territoire, dans le sud, une nouvelle source de recrudescence est alimentée par les Mahométans trafiquant sur la mer Noire et qui chaque année rapportent de la Mecque des germes nouveaux plus vivaces.

En Bessarabie la proportion des granuleux est de 25 ‰.

à Kiew	25 ‰.
à Moscou	2 ‰ à 2,4 ‰.
en Sibérie	38,4 ‰.

En 1910, Golovine, fait un mémoire sur la cécité en

Russie et la compare avec celle de l'Allemagne et de la France.

en Russie elle serait due au trachome	21 %.
en Allemagne, d'après Magnus	9 %.
en France, d'après Trousseau	2 %.

En *Espagne*, le trachome reste toujours considérable avec une moyenne élevée :

à Valence	23,8 %.
à Valladolid	26,6 %.
à Barcelone	12 %.
à Cadix	9 %.
à Madrid	5 % à 8 %.

Au *Portugal*, le Professeur Gama Pinto, trouve à Lisbonne une proportion de 12 %.

Mais c'est l'*Italie* qui de toute l'Europe nous fournit, de beaucoup, la moyenne la plus élevée. Son climat chaud et humide, son peu d'altitude, les mauvaises conditions hygiéniques de la population, son voisinage avec l'*Egypte*, la *Corse* et le nord de l'*Afrique* sont d'ailleurs des conditions adjuvantes de première importance.

Pourtant de nombreux médecins ont essayé la lutte contre le trachome. Basso, Alvaro, Cordo, Valenti ont établi l'étude statistique de l'affection, chacun dans leur région ; Stilo d'Ascola, s'occupe de la région calabraise, une des plus pauvres et trouve :

en 1898	28 ‰.
en 1900	29 ‰.
en 1904	47 ‰.

De même en 1904, dans la même région, 4 ‰ des réformés militaires le furent pour le trachome.

Une des causes de propagation et de persistance de l'affection serait la vénération de Santa-Lucia. Les habitants sans instruction, vivant de préjugés consultent bien plus la sainte que le médecin, et là où elle n'a rien fait, comment un simple mortel pourrait-il réussir ?

Dans les Abruzzes, le Docteur Tito Guiseppa montre que sur une population de 146.707 habitants, il y a plus de 2.000 trachômâtes, répartis surtout dans les vallées.

On trouverait à Naples encore actuellement jusqu'à 75 ‰ de granuleux à forme chronique, d'après le Docteur Sgrosso.

La proportion tomberait dans certaines régions :

à Gênes	11 ‰.
en Lombardie	12 ‰.
à Pavy	8 ‰.
en Sicile	3,6 ‰.
dans la plaine du Pô	8 ‰.
à Venise	25 ‰.

L'Angleterre, après une longue lutte a vu le trachome diminuer au point de devenir rare à Londres, où le Dr Sydney Stephenson trouve à peine 0,5 ‰.

Si maintenant nous quittons l'Europe pour jeter les yeux sur les contrées orientales méditerranéennes, en

particulier sur l'Égypte, véritable berceau de la conjonctivite granuleuse, nous y constatons, à côté de son extrême fréquence, une exceptionnelle gravité.

Comme causes particulières, le Docteur Eloui Bey invoque la malpropreté individuelle, les préjugés du peuple, les mouches, les poussières et enfin certains Médas à eaux stagnantes, ou grands bassins des mosquées ou viennent se laver dans la même eau des centaines d'individus.

Au Caire la proportion serait de :

65 à 70 % dans la classe pauvre.

55 à 60 % dans les milieux un peu aisés.

50 à 55 % chez les riches.

A Alexandrie, en 1902, MM. Moras et Lakah ont pu constater une proportion de 93 % dans certaines écoles primaires.

En *Turquie*, à Constantinople, sur 16.611 malades observés à l'hôpital et en ville par le Dr Trantas, on trouve 2.056 trachômateux soit, 12,36 %. En ville, dans la population aisée, la moyenne est de 8,1 %, à l'hôpital de 15 %.

En *Grèce*, le Docteur Cosmettatos, d'Athènes, donne une statistique de 543 cas, il conclut à une moyenne de 29,60 %, représentant la moitié des maladies de la conjonctive : le trachome y serait endémique, s'observant plus fréquemment de 25 à 30 ans.

Dans le Nord de l'*Afrique*, en Algérie et en Tunisie, on ne trouve, d'après Cuénot que 4 à 5 %.

En *Océanie*, à Java, Sulzer montre que les nègres importés de Guinée ont une immunité relative, alors que les Japonais et Maltais sont très éprouvés. Dans la même contrée Steiner trouve une proportion de 30 % de granuleux sur les maladies des yeux chez les Maltais.

En *Asie*, le trachome est fréquent, au point d'atteindre 90 % dans certains pays de l'Asie centrale.

Dans l'Inde, à Bombay on trouve 10 %.

A Calcutta on trouve 6 % d'après Van Mellingen.

La Chine et le Japon payent aussi un lourd tribut à l'affection.

à Canton 70 % en seraient atteints.

à Tokio 14 % —

à Hong-Hong 70 % d'après Hartson.

Dans l'*Amérique du Sud*, on en signale de nombreux cas ; seule la Bolivie est à peu près indemne. Au *Brésil*, le Dr Moura en note la grande fréquence dans la région de Sao-Paulo.

L'état de Saint-Paul, d'après cet auteur, est particulièrement affecté par le trachome qui depuis 1908, et ce, malgré les multiples mesures énergiques de prophylaxie si judicieusement appliquées par la Commission sanitaire de cet état, a causé pendant l'année 1907, d'énormes ravages dans la population rurale. En 1906, le nombre des malades atteints de maladies des yeux était de 22.093 dont 17.883 trachomateux.

En 1907, le nombre de ces malades s'est élevé à 138.134 dont 104.432 granuleux ! Dans la République Argentine, à Buenos-Ayres, pendant les 22 dernières années, Démeria donne une moyenne de 10,3 %.

A Cuba, en février 1911, le Dr Maria Fernandez, trouve 3,91 % sur 6.474 malades observés de 1903 à 1907 ; la proportion monte à 8 % en 1909 (*Chronica médico-chirurgica de la Habana, février 1911*).

L'*Amérique du Nord*, longtemps à peu près indemne du fléau, commence depuis un demi-siècle, à être atteinte de façon très nette.

Le Dr Rey, de Louis ville, au Kentucky, étudie les aveugles de l'Institut de cette ville et trouve le trachome, cause de cécité, à raison de 12 % chez les blancs, et 0,0 % chez les nègres.

Le long du Mississipi, on trouve 6 % ; au Canada, à Montréal, Foucher donne 3,6 % ; à New-York, Lambert compte 13 % des écoliers comme atteints de trachome dans les 36 écoles de la ville. Le conseil d'hygiène fait isoler les enfants chez eux et envoie à domicile des infirmières spécialistes pour instruire les parents sur la maladie et la nécessité du traitement.

Aussi devant l'éminence du péril, le parlement des Etats-Unis a dû établir des lois restrictives à l'émigration et imposer des *mesures prophylatiques* aux étrangers.

Dès 1897, le Congrès de Washington a modifié la loi américaine au sujet de l'émigration, classant le trachome parmi les maladies contagieuses à déclaration

obligatoire et frappant d'exclusion ceux qui en sont affectés.

Ainsi tout émigrant, débarquant dans un port américain, est examiné par un oculiste ; les individus à affection douteuse sont mis en observation dans un hôpital de détention ; ceux atteints de conjonctivite avérée sont renvoyés dans leur pays aux frais de la Compagnie qui les a transportés.

En 1901, les autorités canadiennes, constatant que les émigrants granuleux entraient aux Etats-Unis en passant par la Canada, et que ce pays était ainsi envahi par le fléau, ont décrété une même réglementation. C'est ainsi qu'à Québec, en 1904, d'après le Dr Pagé, 800 émigrants ont été envoyés à l'hôpital de détention et 300 rapatriés. D'après des moyennes successives, il résulterait que l'on trouve environ 150 granuleux sur 1.000 émigrants.

Au Brésil également les émigrants arrivés à Rio-de-Janeiro sont débarqués dans l'île des Fleurs, dans la baie de Rio, et soignés aussi longtemps que le réclame leur état.

De manière générale, les émigrants devraient être soumis à une surveillance étroite, établie par une entente internationale. Le principe devrait être d'empêcher le déplacement de tout sujet infecté et de le soigner à l'endroit même où son état a été constaté, jusqu'au moment où il cesse d'être infectieux.

En Russie, où il y a un grand nombre de malades disséminés sur un territoire immense, des groupes de médecins, envoyés par le Gouvernement, parcourent

en tous sens les régions infectées, en soignant les malades ; ces expéditions sont annuelles.

En Hongrie, le territoire étant moins étendu, la lutte se fait autrement. Elle consiste principalement dans la création, en certaines villes, de petits hôpitaux ophtalmologiques et de service « ad hoc » dans les hôpitaux déjà existants. En outre, les médecins qui exercent dans les contrées infectées, soignent gratuitement les malades et sont rémunérés par l'Etat.

En avril 1905, le Congrès de Palerme, premier Congrès italien, a formulé les propositions suivantes : 1° Nommer un oculiste inspecteur, attaché au Ministère de l'Intérieur ; 2° Créer des dispensaires aux frais de la province ou des communes, dans les régions où sévit le trachome ; 3° Pour les provinces atteintes, nommer un oculiste inspecteur et fonder des sanatoriums pour les cas de trachomes graves ; 4° Faire appel à l'Etat pour obtenir la fondation d'écoles pour trachomateux et de prix aux publications vulgarisatrices d'hygiène oculaire.

« Partout, dit de Sulzer, le trachome diminue, nous pouvons espérer qu'un effort nouveau arrivera à réduire ce fléau à l'état sporadique ».

(De Sulzer — *Ann. d'Oculistique*, septembre 1909.)

CHAPITRE III

Le Trachome en France

A la Tribune de l'*Académie de Médecine*, récemment, MM. Chantemesse et Valude ont jeté l'alarme en constatant la recrudescence de cette cause de morbidité à Paris.

Si nous remontons au moment de l'expédition d'Égypte nous voyons que la France fut primitivement indemne malgré les vingt mille hommes qu'elle avait envoyé en expédition. Seul un corps de Mamelucks importa la maladie, mais cantonné à Melun, il infecta cette seule ville et l'affection put être localisée.

Fougerousse, dans sa thèse de 1887, explique l'immunité relative de la France par le massacre presque complet des troupes à Aboukir ou à Trafalgar.

Depuis, quelques légères épidémies, à Brest et à Nantes en 1811 et 1842, à l'école des Cadets de Brest en 1873 ; mais ces diverses épidémies, rapidement circonscrites n'ont jamais atteint le caractère de grande gravité de l'ophtalmie d'Egypte, à tel point que le Professeur Truc, de Montpellier, nie la similitude des deux affections.

Aujourd'hui en tout cas, l'ophtalmie granuleuse est bien moins grave qu'autrefois.

Inégalement répartie sur le sol français, elle en occupe principalement la région méridionale et les bords méditerranéens.

Pour pouvoir établir de façon sérieuse la proportionnalité des malades trachomateux à ceux atteints d'autres affections oculaires, nous nous reporterons aux différentes statistiques établies jusqu'alors, et à la nôtre. Nous ferons remarquer qu'elles n'envisagent que les grandes villes universitaires, reflétant d'ailleurs assez bien la vérité, les dites villes étant toutes des centres assez importants.

Par contre dans certaines régions nous n'avons pu découvrir les renseignements nécessaires sur la question. Cela crée des lacunes dans notre travail, qui du reste n'a pas la prétention d'être complet. Nous ne cherchons qu'à donner une idée de la répartition du trachome et à en tirer quelques impressions de l'ensemble.

Dans le Plateau Central, à *Clermont-Ferrand*, la proportion des granuleux est peu élevée. Chibret sur 3.000 malades n'a trouvé que 0,35 % et pourtant on peut remarquer que les conditions hygiéniques des

Auvergnats sont ordinairement mauvaises, que nombre d'entr'eux vont travailler sur des chantiers français, avec des Italiens granuleux, ou en Espagne avec des Aragonais également granuleux, et reviennent passer l'hiver dans leurs foyers.

D'ailleurs, même à Paris, ces mêmes Auvergnats paraissent peu sujets au trachome et MM. Chevallereau et Valude n'ont pu observer aucun granuleux auvergnat pendant six mois, à la consultation des Quinze-Vingt, d'où semble-t-il, une véritable immunité pour ceux-ci.

A *Paris*, il est difficile de faire une étude bien nette. Beyer dans un article de la Revue Générale d'ophtalmologie publiée, il y a quelques années trouve le trachome plus fréquent chez les Sémites et a presque pu localiser une épidémie sur les Israélites d'origine polonaise (32 cas sur 87).

Le Docteur Morax a fait une statistique des granuleux à Lariboisière et à l'hôpital Rothschild où neuf sur dix des consultants sont des étrangers, le plus souvent des israélites russes réfugiés en France, en attendant la possibilité d'émigrer en Amérique ; leur nombre a été de 471 sur 46.470 consultants, soit une proportion de 1,4 %.

Ces temps-ci, MM. Chantemesse et Valude attirent à nouveau l'attention sur les quartiers de Paris où logent les émigrants, en particulier sur les IV, XI et XII^e arrondissements, et, disent-ils « il est urgent de prendre des mesures contre l'extension de ce péril. »

(Emigrants et ophtalmie granuleuse, Ac. de Méd. Av. 1909).

Dans l'Est de la France, touchant la frontière Suisse, aucune statistique n'a été publiée ; d'autre part nombre de malades vont se faire soigner en Suisse, et, eu égard à ce fait, nous pourrions nous rapporter aux statistiques faites à l'hôpital de Genève et à celles du D^r Borrel de Neuchâtel. D'après elles, il n'y aurait pas de trachome dans le Jura, ni dans les Vosges, 0,10 %.

A *Nancy*, le D^r Scapula, dans sa thèse 1903-04, signale une fréquence minime du trachome aux consultations, 0,42 %.

A *Reims*, le D^r Bourgeois n'a rencontré que 6 cas sur 32.000 malades vus en 14 ans.

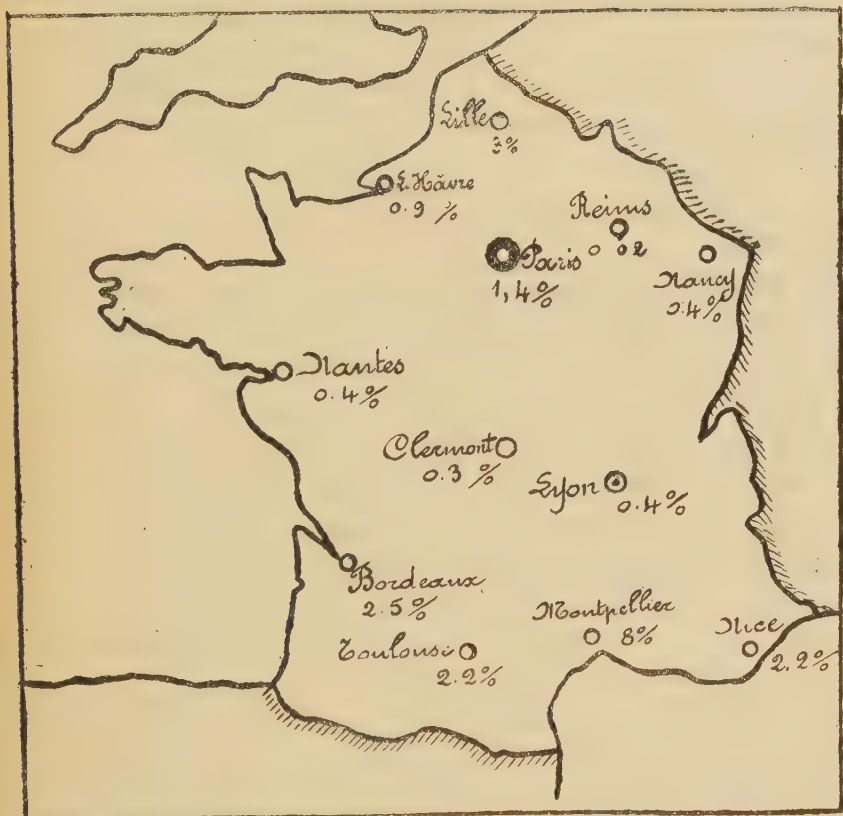
Plus au Nord, à *Lille*, on noté des cas assez fréquents, sur des individus de race belge, mais le trachome y est peu virulent, bien souvent monoculaire ainsi que Duprey l'a bien montré.

Au *Hâvre*, le Docteur Dubarry trouve une proportion de 0,92 % pour les années 1900-1910.

A peu près inconnu dans le Finistère et le Morbihan, il augmente légèrement à *Nantes*, pour arriver à sa plus haute fréquence dans le Midi de la France.

A *Bordeaux*, le trachome serait de fréquence relativement modérée dans la classe pauvre, d'après Lagrange (2,5 %), apanage surtout de la population scrofuleuse. Beaucoup plus rare dans la classe aisée que le Professeur Lagrange voit à son cabinet (0,82 %).

A *Montpellier*, une première statistique trouvée dans la thèse de Demery 1887-1890, donne 262 cas sur 3.000 malades soit 8,5%. Un deuxième travail du Professeur Truc, paru dans le « *Montpellier Médical* » donne 10% de 1888 à 1893.



Reims	0,02 %	Paris	1,4 %
Clermont-Ferrand	0,3 %	Nice	2,2 %
Nantes	0,4 %	Toulouse	2,2 %
Nancy	0,4 %	Bordeaux	2,5 %
Lyon	0,4 %	Lille	3 %
Le Havre	0,9 %	Montpellier	8 %

La région de *Toulouse*, intermédiaire aux deux précédentes et comme celles-ci visitée par un grand nombre d'Espagnols, semble aussi mal partagée. Le Docteur Micas donne une proportion de 2%.

La région de *Nice* compte également parmi celles où le trachome est le plus fréquent, atteignant surtout la classe pauvre, de race italienne. Le Docteur Collin, dans les *Annales d'oculistique*, décembre 1910, signale 61 cas sur 2.670 malades, soit 2,2%.

Que conclure de cette longue mais intéressante statistique ?

Nous voyons clairement que le Midi et le Sud-Ouest en général sont les régions de France où le trachome est le plus fréquent ; tous les auteurs sont d'accord pour constater que cette situation est due au grand nombre d'Espagnols, d'Italiens et d'Africains qui viennent chaque année plus nombreux ; de plus ce seraient ces émigrants, qui, porteurs de la maladie, formeraient le plus gros contingent du trachome.

CHAPITRE IV

Le Trachome à Lyon

Il nous reste maintenant à envisager la partie vraiment originale de notre travail ; comment se comporte la région lyonnaise vis-à-vis de l'ophtalmie granuleuse ?

Ici encore il nous semble intéressant de donner quelques mots d'histoire, de chercher à dépister, dans les siècles passés, les preuves irrécusables de cette affection. Dès la plus haute antiquité, Lyon eut des cas de trachome. Dans un mémoire du Professeur Rollet (1905), et dans la thèse de Drouhin, en 1905, sur l'histoire de l'ophtalmologie à Lyon, nous trouvons la trace de médecins romains, *medici ab oculis*, qui soignaient les granulations, et sur les nombreux

cachets retrouvés dans notre ville, dont ils se servaient pour rappeler au public leurs noms et ceux des divers remèdes ou maladies oculaires, on rencontre chaque fois des formules, ou des noms de collyres, de pâtes contre les granulations, « *ad asprit udines* ».

Depuis lors, nous n'avons pas, malgré nos recherches, trouvé trace d'épidémies sérieuses affectant particulièrement notre région. Le trachome y est endémique, faiblement, c'est certain, mais avec des variations néanmoins sensibles, et avec, actuellement, une tendance manifeste à la régression.

Et cette question, éminemment sociale, doit nous inquiéter à juste raison.

En effet, notre cité, véritable lieu de passage pour tous étrangers venant des contrées orientales, et par conséquent suspects, est des mieux située pour la contagion. La nombreuse population italienne qu'elle comprend, ne pourrait, elle aussi, qu'en favoriser l'extension par sa fluctuation constante et son renouvellement incessant.

Aussi il paraît des plus intéressants de nous demander si le péril constaté tout récemment à Paris par MM. Chantemesse et Valude, existe aussi chez nous.

Mieux que des mots, le parallèle entre nos résultats et ceux recueillis au cours des années précédentes dans cette même clinique de l'Hôtel-Dieu, nous montrera, de façon évidente, une régression très sensible des cas qui nous occupent.

Dans la thèse de Fougerousse, faite avec le Professeur Gayet, en 1887, nous trouvons un nombre

total de 178 granuleux, de 1878 à 1886, se divisant comme il suit :

Année 1878	8
— 1879	12
— 1880	21
— 1881	21
— 1882	22
— 1883	27
— 1884	20
— 1885	21
— 1886	26
Total.. . . .	178

Une autre thèse, celle de Ferré, complète la précédente ; de 1887 à 1889, la clinique de l'Hôtel-Dieu a vu passer 5.870 malades, sur ce nombre 87 étaient trachomateux, soit une proportion de 1,4 %, alors que de 1882 à 1889, le nombre des consultants était de 15.109 avec 255 granuleux, ce qui donne 1,9 %. La proportion serait donc restée à peu près la même de 1870 environ à 1890.

Nous pouvons encore citer, à la même époque, une statistique du Docteur Dor, de Lyon, qui pendant huit années consécutives a donné le relevé des différentes affections oculaires observées à sa clinique de 1878 à 1885. Sur 10.478 malades, 154 sont granuleux, soit une proportion de 1,46 % : à peu de chose près, semblable à celle qu'a trouvée Ferré à la clinique du Docteur Gayet.

D'autre part, dans la même clinique, de 1900 à 1902,

Garabédian a pu trouver 47 trachômateux sur les 2.000 malades observés, soit 2,3 %.

Nous avons pu réunir les observations de tous les cas d'ophtalmie granuleuse de ces sept dernières années, venus en consultation à la clinique de M. le Professeur Rollet ; nous ferons commencer notre statistique en même temps que l'année scolaire, d'octobre 1904 à octobre 1911, et bien que le nombre des malades qui viennent s'y faire soigner ait sensiblement augmenté, depuis 1887, date des statistiques de Fougerousse et de Ferré, l'ophtalmie granuleuse semble de plus en plus avoir tendance à régresser, ainsi que nous le montrera clairement la comparaison du tableau précédent avec le nôtre :

1° Malades soignés aux consultations de la Poli-Clinique du Professeur Rollet :

Années 1904-05	41 cas sur	1.147 consultants
— 1905-06	20 —	1.969 —
— 1906-07	9 —	2.083 —
— 1907-08	7 —	2.207 —
— 1908-09	5 —	2.264 —
— 1909-10	12 —	2.265 —
— 1910-11	13 —	2.342 —
	<u>77</u>	<u>15.277</u>

Ce qui nous donne une proportion de : 0,4 % en nous basant uniquement sur le nombre de consultants de la Clinique externe.

2° Parmi ces 77 cas, vus à la Consultation externe,

27 trachômateux, se répartissant comme il suit, ont nécessité un traitement à la Clinique :

Années	1904-05.	. .	4	
—	1905-06.	. .	8	
—	1906-07.	. .	3	
—	1907-08.	. .	2	
—	1908-09.	. .	7	
—	1909-10.	. .	2	
—	1910-11.	. .	1	
			27	sur 15.277

3° Malades entrés directement :

Années	1904-05	3	sur les	1.122	Hospitalisés de la Clinique
—	1905-06	6	—	1.107	—
—	1906-07	1	—	1.064	—
—	1907-08	2	—	1.050	—
—	1908-09	4	—	1.024	—
—	1909-10	6	—	970	—
—	1910-11	2	—	941	—
		24		7.278	

Nous tenons à faire remarquer ce dernier tableau ou 24 trachômateux ont été hospitalisés directement, c'est-à-dire sans que nous puissions retrouver leurs noms sur les registres de la Consultation externe. Si donc nous en tenons compte dans notre statistique, il nous faudrait non plus la baser à raison de 77 cas sur 15.277, mais à raison de 101 cas sur près de 20.000

malades, dont la proportion serait à peu près équivalente.

Sur les 101 trachomateux soignés à la Clinique de 1904 à 1914, nous avons trouvé 33 Italiens, 10 Arabes et quelques étrangers dont il ne nous a pas été possible de déterminer l'origine exacte ; d'ou près de la moitié des cas précédents doivent être, de prime abord, considérés comme n'ayant pas contracté la maladie dans notre région, mais encore l'y ayant importé.

Notre ville, du reste, ainsi qu'on pourra en juger en jetant un rapide coup d'œil sur notre plan est très inégalement atteinte, avec des préférences marquées pour les quartiers populeux, à habitations à bon marché, ou logent de véritables colonies d'Italiens, de Corses, d'Arabes ou d'Espagnols. Le cœur de la ville est compris entre la place Bellecour et les Terreaux ; c'est le centre du commerce et des grandes administrations ; la vie et la circulation y sont plus actives que dans n'importe quel autre point de la cité. Aussi les loyers y sont fort chers et la population ouvrière et pauvre n'y peut élire domicile, abstraction faite pour quelques logements plus ou moins insalubres, bâtis dans quelques rues étroites, et peu propres, comme la rue Mercière ou Lanterne, dans le 1^{er} ou le 2^e arrondissement.

La partie de Lyon située sur la rive gauche du Rhône, diffère beaucoup de celle que nous venons de décrire; à côté des quartiers des Brotteaux, des quais tournés à l'ouest, où le trachome semble absent, à mesure que nous pénétrons plus avant dans le troisième arrondissement, en particulier dans la Guillotière, la Vitriolerie, le quartier de Gerland, nous trouvons des habitations d'un tout autre aspect, maisons basses, malpropres, mal aérées, quelques-unes construites en planches ou en terre. C'est là que se localise le plus grand nombre des cas de trachome, dans les rues Mazonod, Moncey, Villeroi, Chapomay, etc, et dans ce seul troisième arrondissement nous trouvons 48 cas.

D'autres quartiers par contre, malgré une population ouvrière très dense, comme Villeurbanne, Oullins, St-Fons, paraissent très peu touchés.

Autour de nous, dans les départements limitrophes à celui du Rhône, la conjonctivite granuleuse y est rare; quelques centres cependant se font remarquer par leur plus grande fréquence.

De Lyon à St-Etienne, les cas de trachome s'égrèment dans les agglomérations ouvrières, où le pourcentage à l'hectare de mineurs et de verriers est assez élevé et où de nombreux Italiens travaillent pendant une partie de l'année.

Givors, St-Etienne, présentent des cas relativement assez nombreux.

Le département de l'Isère semble un peu privilégié, surtout dans sa partie montagnueuse. A Grenoble, le trachome est très rare; à Vienne, cependant, nous

avons l'occasion de voir quelques cas, à de longs intervalles, qui viennent se faire soigner à la clinique.

En résumé nous pouvons dire que la situation sanitaire de notre ville au point de vue trachome est excellente ; la maladie a beaucoup perdu de son importance depuis dix ans ; les cas graves y sont assez rares, si nous nous en rapportons au nombre restreint de trachomateux dont l'état a nécessité l'hospitalisation durant cette longue période de 7 années.

Les formes que l'on y voit sont surtout des formes chroniques en grande partie chez des étrangers, ou des habitants de Lyon ayant séjourné dans les pays infectés ; nous ne pouvons qu'applaudir à cet excellent résultat dû à de sévères mesures d'hygiène concernant notre ville et aux nombreuses cliniques où les malades peuvent trouver les soins que réclame leur état.

Il ne nous paraît donc pas urgent d'établir dans notre ville une prophylaxie rigoureuse contre cette affection, ainsi que cela se pratique aux Etats-Unis, au Brésil, en Hongrie ou en Prusse actuellement. Cependant, malgré sa bénignité relative, le trachôme reste un ennemi sérieux, dont on doit toujours craindre le retour offensif ; d'où la nécessité de le dépister dès son début, d'isoler au besoin les individus qui en sont porteurs, d'en montrer les dangers dans les écoles, et toutes agglomérations, et peut-être même d'en rendre la déclaration obligatoire.

CONCLUSIONS

I. — Le trachome a été et reste encore, dans certains pays, un des grands fléaux de l'humanité ; il est une cause sérieuse de cécité, principalement en Egypte et en Russie, d'où l'institution judicieuse de mesures prophylactiques sévères, notamment en Amérique, réglementant l'émigration et obligeant le granuleux à recevoir des soins.

II. — Le trachome paraît néanmoins en décroissance dans le monde entier ; en Europe, l'Italie, la Russie, la Belgique et l'Espagne, restent les pays qui en sont le plus atteints.

III. — En France, les formes présentées par le trachome sont en général peu virulentes ; chaque jour il

y perd du terrain, grâce aux progrès de l'hygiène et se localise, avec un faible pourcentage, dans quelques grands centres, et les régions méridionales. Toutefois, récemment, en présence de cas de trachome à Paris dans les quartiers d'émigrants, l'Académie de Médecine a proposé des mesures pour lutter contre l'extension de ce péril.

IV. — A Lyon, la conjonctivite granuleuse devient de plus en plus rare, avec une moyenne à peine de 0,4 % sur près de 20.000 malades, examinés de 1904 à 1911, contre 1,9 % sur 15.109 consultants de 1882 à 1889.

Le nombre des hospitalisés de 1904 à 1911 n'est que de 51 sur 7.278 malades admis à la Clinique ophtalmologique du Professeur Rollet.

V. — Plus de la moitié des cas sont fournis par des étrangers à la région : étrangers vrais tels que Italiens, Egyptiens ou Espagnols, Français tels que Algériens ou Corses. Cependant le trachome se voit chez quelques sujets n'ayant jamais quitté la région. Ils présentent des formes sèches, parfois s'accompagnant de troubles cornéens graves. L'absence de formes secrétantes, par infections surajoutées, explique la non-contagion fréquente.

VI. — Comme mesures prophylactiques à Lyon, on peut estimer que les soins oculistiques y sont large-

ment distribués. Néanmoins il y a lieu de surveiller attentivement certains granuleux et de réclamer au besoin la désinfection de leurs logements.

Vu :

Le Président de la Thèse,

E. ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

(Par ordre chronologique)

- 615 avant Jésus-Christ OVIDE. — De Remedio Amoris.
- 1808 ASSALINI. — Observation de la maladie appelée peste, le flux dysentérique et l'ophtalmie d'Egypte. Paris 1808.
- 1823 GRÆFE. — Blennorrhée oculaire d'Egypte. Berlin.
- 1828 BURKARD EBLE. — Maladies de la conjonctive.
- 1830 DESGENETTES. — Histoire de l'armée d'Orient.
- 1829 FALLOT ET VARLEY. — Ophtalmie des Pays-Bas.
- 1834 DE JAEGER. — Ophtalmie égyptienne. Vienne.
- 1846-47 CUNIER. — Annales d'oculistique. Ophtalmie dite militaire ou contagieuse.
- 1849 THIRY. — Des granulations conjonctivales, identité entre l'ophtalmie militaire et l'ophtalmie blennorrhagique. *Ann. d'ocul.*
- 1850 HAIRION. — Anat. pathol. du trachome. Ac. med. Belge, 26 janvier.
- 1878 FÆRSTER. — Pilzmasse imunteren thrœnen Kanacliten.
- 1875 REUSS. — Pilz concretion in den thracnenrach.
- 1876 DEL MONTE. — Trachome. *Ann. ophtal.*
- 1876 ABADIE. — Maladies des yeux.
- 1884 RAAEFMANN. — Congrès de Copenhague 1884.
- 1882 SATLER. — Nature du trachôme. *Congrès d'Heidelberg.*
- 1887 KARTULIS. — Sur la conjonctivité catarrhale d'Egypte.

- 1881 HIRCHBERG ET KRAUSE. — Contribution à la pathogénie des ophtalmies contagieuses.
- 1887 FOUGEROUSSE. — Etude clinique sur la contagion et la marche de la conjonctivité granuleuse étudiée spécialement dans la région lyonnaise. (*Thèse de Lyon*).
- 1889 VENNEMANN. — De la contagion de l'ophtalmie granuleuse en Belgique. *Annales d'oculistique*, janvier-février.
- 1889 DEMERY. — Ophtalmie granuleuse à Montpellier. (*Thèse*).
- 1890-1897 TRUC. — Ophtalmie granuleuse à Montpellier. *Montpellier Médical*.
- 1891 TRUC. — Lymphatisme et trachome. (*Ann. d'oculistique*).
- 1891 CHIBRET. — De l'immunité de la race celte. (*Ann. d'oculistique*).
- 1893 ABADIE. — Traitement des granulations.
- 1893 OTTAWA. — Etiologie du trachome.
- 1894 MUTTERMILCH. — De la nature du trachome. (*Ann. d'oculist.*)
- 1894 RIDLEN. — Quelques points de l'histoire du trachome.
- 1893 VENNEMANN. — Histoire du trachome. (*Congrès français d'ophtalmologie*).
- 1896 MANOLESCU. — Conjonctivite granuleuse commençante.
- 1896 VILLARD. — An. pathol. de la conjonctivite gran. (*Thèse de Montpellier*).
- 1896 VILLARD. — Bactériologie de la conjonctivite granul. (*Montpellier médical*).
- 1896 CAZALIS. — Conjonctivite granuleuse.
- 1895 JALABERT. — La contagion granuleuse à Montpellier.
- 1897 TRUC. — Ophtalmie granuleuse dans la région de Montpellier.
- 1898 HIRCHBERG. — Du trachome. 12^e congrès de médecine, Moscou 1898.
- 1898 SEGALL. — Contribution à l'étude des conjonctivites granuleuses. (*Montpellier médical*).
- 1904 FORGE. — Conjonctivite granuleuse. (*An. d'oculistique* 1898).
- 1901 JITA. — Le trachome dans les écoles d'Amsterdam. (*Soc. ophtal. Neerlandaise*, Leyde 1901).
- 1905 ROLLET. — Histoire de l'ophtalmologie à Lyon. (*Revue scientifique*, 20 avril et 6 mai 1905).

- 1905 DROUHIN. — Histoire de l'ophtalmologie à Lyon. *Thèse de Lyon*.
- 1904 DUPREZ. — Conjonctivite granuleuse monoculaire. Lille.
- 1902 ELLOUI BEY. — Prophylaxie de l'ophtalmie aux écoles. Le Caire.
- 1903 ELLOUI BEY. — Le trachome en Egypte. (*Rev. gener. ophtal.* p. 31.)
- 1903 CAMPOS. — Notes cliniques sur le trachome au Caire.
- 1906 PAGÉ. — Le trachome au Canada. (*Rev. génér. d'ophtalm.* p. 115.)
- 1906 FUKALA. — Etude historique sur le trachome.
- 1907 MEAUWHÈLE. — Trachoma in England, (*The ophthalmoscope*, p. 529.)
- 1906 STILO D'ASCOLA. — Trachome en Italie. (*Revue générale d'ophtalmologie*, août, p. 351.)
- 1907 TRANTAS. — Le trachome en Turquie. *Rev. génér. ophtal.*
- 1906 COSMETTATOS. — Le trachome en Grèce. (*Recueil d'ophtalm.* 1906.)
- 1907 LAGRANGE. — Traité d'ophtalmologie.
- 1909 TITO DI GUISEPPE. — Origine et diffusion du trachome dans les Abruzzes.
- 1909 BEAUVOIS. — Le trachome et l'émigration. (*Recueil d'ophtalmologie*).
- 1909 SOLBRIG. — Rev. générale d'ophtal. Ravages causés par le trachome en Prusse.
- 1909 SULZER. — Prophylaxie du trachome. (*Ann. d'oculistique*).
- 1909 STRAUB. — Notiz zur contagiosetät des trachoms, 1909.
- 1910 HANFORD. — Trachoma Bodies from the normal conjunctiva.
- 1910 MACUCO. — Trachome au Brésil. (*Rev. génér. d'opht.*)
- 1910 COLIN. — Trachome à Nice. (*An. d'oculistique*).
- 1911 SANTOS FERNANDEZ. — Trachome à Cuba. (*Chronica med. gin. de la Habana*).
- 1911 ENRIQUE DEMARIER. — Conjonctivite granuleuse dans la République Argentine. (*Rec. d'ophtal.* 1910.)
- 1910 GOLOVINE. — La cécité en Russie. Odessa 1910.
- 1911 FAHRAT. — Le trachome à Lariboisière de 1905 à 1910. (*Ann. d'oculist.* février 1911.)

Imprimerie DUCROS & LOMBARD, — Valence.
